

Phiếu Chẩn Đoán Nội Khoa

ない か もん しん ひょう
内科問診票

Tiếng Việt
ベトナム語

Hãy đánh dấu vào nơi có triệu chứng bị bệnh あてはまるものにチェックしてください

Năm 年

tháng 月

ngày 日

Họ và tên 名前			<input type="checkbox"/> Nam 男	<input type="checkbox"/> Nữ 女
Ngày sinh 生年月日	Năm 年	tháng 月	ngày 日	Điện thoại 電話
Địa chỉ 住所				
Có bảo hiểm y tế không? 健康保険を持っていますか?	Có はい		<input type="checkbox"/> Không いいえ	
Quốc tịch 国籍	Ngôn ngữ 言葉			

Đã bị triệu chứng gì? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Bị sốt(熱) 熱がある	<input type="checkbox"/> Đau cổ のどが痛い	<input type="checkbox"/> Bị ho せき	<input type="checkbox"/> Nhức đầu 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Đau ngực 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Nổi ban 発疹	<input type="checkbox"/> Hối hộp 動悸	<input type="checkbox"/> Hơi thở bị ngắt 息切れ
<input type="checkbox"/> Bị phù むくみ	<input type="checkbox"/> Chóng mặt めまい	<input type="checkbox"/> Khó thở 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Đau bụng お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Đau bao tử (dạ dày) 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧	<input type="checkbox"/> Bị tê rần しびれ	<input type="checkbox"/> Khô miệng 口が渇く
<input type="checkbox"/> Giảm cân 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Chướng bụng お腹が張る	<input type="checkbox"/> Không muốn ăn 食欲がない	
<input type="checkbox"/> Ói mửa 嘔吐	<input type="checkbox"/> Cảm thấy buồn nôn (Buồn ói) 吐き気	<input type="checkbox"/> Tiêu chảy 下痢	
<input type="checkbox"/> Phân có máu 血便	<input type="checkbox"/> Mỏi mệt だるい	<input type="checkbox"/> Dễ mệt 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Triệu chứng khác その他

Bị từ khi nào? それはいつからですか

_____ Năm 年 _____ tháng 月 _____ ngày 日から

Đã có lần nào bị dị ứng do dược phẩm (thuốc) hoặc do thực phẩm không? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Có はい → Dược phẩm 薬 Thực phẩm 食べ物 Ngoài ra その他 Không いいえ

Hiện nay có phải uống thuốc hằng ngày không? 現在飲んでいる薬はありますか

Có はい → Nếu hiện giờ có đem theo, xin hãy cho xem. 持っていれば見せてください Không いいえ

Hiện đang mang thai, hoặc có triệu chứng là có thai không? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Có はい → _____ tháng 月 Không いいえ

Bạn có đang cho con bú không? 授乳中ですか Có はい Không いいえ

Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Bệnh đường ruột và bao tử 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh gan 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh tim 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh thận 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Bệnh Lao 結核	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường 糖尿病
<input type="checkbox"/> Huyết áp cao 高血圧症	<input type="checkbox"/> Bệnh AIDS(SIDA) エイズ	<input type="checkbox"/> Bệnh bướu cổ 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Bệnh khác その他		<input type="checkbox"/> Bệnh Suyễn ぜんそく
		<input type="checkbox"/> bệnh giang mai 梅毒

Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không? 現在治療している病気はありますか Có はい Không いいえ

Đã từng phải phẫu thuật bệnh lần nào chưa? 手術を受けたことがありますか Có はい Không いいえ

Đã truyền máu lần nào chưa? 輸血を受けたことがありますか Có はい Không いいえ

Từ giờ về sau, bạn có thể tự dẫn phiên dịch đến được không? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Có はい Không いいえ